Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4.
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Le traitement électrique du goitre exophthalmique; sa technique opératoire. — CHIRURGIE PRATIQUE. — THÉRAPEUTIQUE. Médication antiseptique et permanente par l'inhalateur buccal Pradère de Moine. — VARIÉTÉS. Le personnel médical subalterne dans les hôpitaux scandinaves. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 3 mai 1891.

Il semble que cette éternelle question de la dépopulation de la France ne doive plus quitter l'enceinte académique. A chaque séance, la question est de nouveau posée, de nouveau débattue et jamais résolue. Nous l'avons déjà dit et répété ici, l'Académie, dans cette discussion qui ne finit pas, touche à trop de questions à la fois, et sur les points qu'elle discute, — que la docte Assemblée nous pardonne cette irrévérence, — elle va trop « chercher la petite bête ».

Ainsi, pour cette question du rétablissement des tours, que n'a-t-on pas dit pour ou contre, quels arguments n'a-t-on pas été déterrer? Et cependant le problème est-il si complexe? Que veut l'Académie, sinon trouver les moyens d'arrêter cette dépopulation dont les statistiques constatent chaque année les désolants progrès? Or, il ne fait de doute pour personne que les infanticides et les avortements sont une des causes, et des plus importantes, de cette dépopulation. Une « faiseuse d'anges », dernièrement, n'a-t-elle pas eu à répondre de plusieurs centaines de pratiques abortives?

Pour éviter cette destruction du produit de la conception, il n'y a que deux moyens et deux seuls : 1° donner des secours aux filles-mères; 2° élever leur enfant, si elles l'abandonnent.

Ces deux propositions ne méritent pas d'arrêter les académiciens bien longtemps. Ce sont presque des axiomes qui s'imposent et ne se discutent pas. Le premier point ne peut être résolu que par l'extension de l'Assistance, soit par la charité privée, soit par des institutions départementales ou nationales. Pour le deuxième point, il ne resterait rien à faire, dit-on, et tout serait pour le mieux dans le meilleur des mondes. Il existe, paraît-il, un bureau ouvert où toute fille-mère peut porter son enfant et l'abandonner en secret. Ce bureau existe, il est vrai; mais qui le sait, et cette paperasserie, et cette bureaucratie, pour secrètes qu'elles soient, ne sont-elles pas faites pour effrayer la mère qui vient apporter son enfant?

Si bas que soient parfois tombées les malheureuses que mille raisons et surtout la misère poussent à se séparer de leur enfant, elles sentent toutes ce que leur conduite peut avoir de répréhensible, elles ont une honte, une certaine pudeur qui les porte à se cacher, et elles reculent à mettre quelqu'un dans le secret, ce quelqu'un ne connût-il rien d'elles, pas même leur nom. Elles ne veulent aucun témoin de leur faute. Bien des filles ont étranglé leur enfant et ont préféré affronter la cour d'assises plutôt que le guichet du bureau, dit secret, et les questions d'un employé, que sa profession rend parfois brutal et souvent inquisiteur. Ces malheureuses n'ont d'ailleurs nulle confiance dans le secret des bureaux.

Ont-elles tort? Le fait suivant, que M. Guéniot racontait à l'Académie, prouvera que le bureau secret n'est pas si secret qu'on veut bien nous le dire.

La nièce d'un instituteur d'une petite ville de province devient enceinte. Elle dissimule sa grossesse tant que la chose est possible, puis, les derniers mois, elle vient à Paris, y accouche et porte son enfant au bureau ouvert. L'employé l'interroge *comme c'est l'habitude* et, finalement, la jeune fille donne son nom, son adresse, etc., et retourne dans son pays, comptant que le secret serait bien gardé.

Mais, ô bureaucratie, voici bien de tes coups! L'administration parisienne trouva qu'elle n'avait point à élever un enfant dont la mère habitait la province; elle signifia au préfet du département d'avoir à rembourser les frais occasionnés par l'entretien du jeune abandonné. Le préfet délégua un inspecteur, qui fit une enquête; le maire de la commune convoqua la jeune fille et on lui conseilla de reprendre son enfant en lui promettant des secours. Depuis, la jeune fille a disparu, et l'on recherche partout son cadavre.

Nous nous garderons de commenter ce fait, il est suffisamment éloquent.

On peut multiplier le nombre des bureaux ouverts, on ne diminuera pas d'un seul le nombre des infanticides.

Nous le répétons, en terminant, la fille-mère qui abandonne son enfant ne veut pas de témoin, pas de confident, elle cachera cet abandon toute sa vie comme une faute dont elle ne parlera jamais, elle portera son enfant au tour, elle ne le portera pas au bureau ouvert. Le fait est indéniable et tous les médecins doivent, sans parti pris, reconnaître qu'au point de vue du but à obtenir, c'est-à-dire au

point de vue de la diminution des infanticides, le tour est de beaucoup préférable à tous les bureaux, ouverts ou secrets. Les tours n'ont été supprimés et les bureaux créés que parce que l'on a pensé que ceux-ci seraient une entrave apportée à l'abandon, qu'on a cru, et avec raison, que les quelques formalités administratives à remplir éloigneraient bien des malheureuses, mais qu'on y prenne garde, on n'a peut-être diminué le nombre des abandons que pour augmenter celui des infanticides.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Vigouroux.

Le traitement électrique du goître exophthalmique; sa technique opératoire.

(Conférence recueillie par M. le docteur A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux.)

Le traitement électrique du goître exophthalmique est d'une innocuité complète et d'une efficacité véritable. Sa technique opératoire est loin d'être compliquée ; elle consiste à électriser successivement, par le courant faradique, les deux carotides, les deux régions péri-orbitaires, la tumeur thyroïdienne, la région précordiale. Toutefois, comme les moindres détails ont ici leur importance au point de vue du succès thérapeutique, permettez-moi d'insister d'abord sur le choix de la variété de courant, puis sur le siège d'application des électrodes, l'intensité, la durée d'application pour chacune des régions à électriser.

Le courant faradique ou courant d'induction est celui qui m'a le mieux réussi dans le traitement du goître exophthalmique. Ses effets se traduisent souvent immédiatement par une sensation d'allègement, une diminution de l'exophthalmie, une vascularisation moins prononcée de la face. Le courant continu, que j'ai souvent mis en usage dans cette affection et que j'ai aujourd'hui abandonné, n'agit qu'avec une rapidité beaucoup moins grande. Quant à l'électricité statique, si utile dans d'autres névroses, elle est très mal supportée par ces malades. C'est qu'en effet, chez eux, la résistance électrique est très diminuée ; elle tombe souvent au quart du chiffre normal. Par suite, la malade, placée sur le tabouret relié à la machine statique, prend trois à quatre fois plus d'électricité qu'un sujet hystérique ou neurasthénique, dont la résistance est normale et le plus souvent même accrue. Cette intolérance spéciale à la maladie de Basedow s'explique donc bien par la diminution de la résistance électrique, et cette diminution de la résistance, signe précieux pour le diagnostic, est aussi une indication très utile du traitement.

Pour pratiquer l'électrisation, une plaque large de 7 à 8 centimètres est tout d'abord fixée au moyen d'une bande à la partie postéro-inférieure du cou, où elle constitue l'électrode indifférente. Cette plaque, bien mouillée, n'est plus changée pendant toute la séance. Le seul changement au cours de la séance est le suivant : tandis que la plaque est reliée au pôle positif de la bobine induite pour l'électrisation des carotides, des yeux, du corps thyroïde, on change le pôle et on la relie au pôle négatif, quand on arrive à l'électrisation de la région précordiale.

Pour l'électrisation des carotides, le pôle actif est constitué par un petit tampon en forme d'olive ou de bouton plat relié au pôle négatif de la bobine induite, bobine à fil moyen. Ce tampon est appliqué en dedans du sterno-mastoïdien, au niveau de l'angle de la mâchoire. La pression doit être assez énergique pour percevoir les battements de l'artère. L'intensité du courant sera suffisante pour être capable, si on déplace un moment l'électrode pour la placer à la partie moyenne du sterno-mastoïdien, de produire une contraction musculaire énergique. Mais elle ne doit jamais être telle qu'elle devienne insupportable au malade. Le tampon olivaire est successivement appliqué pendant une minute, une minute et demie sur chaque carotide. Il est très fréquent, du côté électrisé, de constater un aspect marbré, une pâleur de la face, avec abaissement de température de près de 1 degré, qui indique bien l'effet interne produit sur la vascularisation.

Pour l'électrisation des régions oculaires, le tampon olivaire est placé tout d'abord sur le rebord externe de l'orbite pour exciter l'orbiculaire des paupières ; on le promène ensuite légèrement sur les paupières elles-mêmes, sur tout le pourtour de l'orbite, en évitant les nerfs sus et sous-orbitaires. Il est souvent difficile d'obtenir des contractions musculaires. L'intensité du courant sera donc surtout réglée sur la sensibilité du malade. Le fait le plus important dans cette électrisation est le suivant. Il existe, à 1 centimètre en arrière et au-dessous de la queue du sourcil, un point spécial, dont l'excitation amène, chez les malades atteints d'exophthalmie très marquée, un mouvement brusque et assez inquiétant du globe de l'œil en avant. On évitera donc d'appliquer l'électrode en ce point. La durée de l'électrisation est, pour chaque œil, d'une à deux minutes environ.

Pour l'électrisation de la tumeur thyroïdienne, on emploie un tampon plat de 3 à 4 centimètres, relié au pôle négatif. Ce tampon est successivement appliqué au-dessus de la fourchette sternale, sur les parties saillantes de la tumeur thyroïdienne, sur les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens, en tout deux à trois minutes. On peut employer un courant intense, assez intense pour obtenir une forte contraction musculaire. Deux fois seulement, sur un nombre considérable d'applications, j'ai vu, dans l'électrisation de cette région, des troubles : pâleur, tendance à la lipothymie, dus à une excitation du pneumogastrique et qui se dissipèrent rapidement. On doit aussi se rappeler que l'électrisation, faite directement sur l'os, est douloureuse et éviter de toucher la poignée du sternum dans l'électrisation du creux sus-sternal.

Pour l'électrisation de la région précordiale, la plaque de la nuque est reliée au pôle négatif. L'électrode plate de 4 centimètres de diamètre est, au contraire, mise en communication avec le pôle positif, l'application de ce pôle semblant avoir un effet sédatif particulier. Cette électrode est appliquée sur le troisième espace intercostal gauche, près du sternum. Le courant est faible, juste suffisant pour provoquer quelques légères contractions fibrillaires du grand pectoral. Durée deux à trois minutes.

La durée totale de la séance d'électrisation a donc été de dix à douze minutes. Les séances seront faites au moins tous les deux jours; mieux vaut encore, quand la chose est possible, qu'elles soient quotidiennes. Enfin il nous semble qu'il y a avantage à employer le traitement électrique seul, sans lui associer d'autres médications. Les bromures, la digitale, l'ergotine nous ont paru sans effet utile ; l'iode et les iodures, le fer, l'arsenic semblent plutôt nuisibles. L'hydrothérapie, qu'il pourrait sembler naturel d'associer à l'électricité, devient souvent une cause d'affaiblissement.

Les résultats thérapeutiques paraissent plus rapides et plus certains, quand le traitement électrique est employé exclusivement et sans association d'autre médication.

L'amélioration est d'ordinaire très prompte. L'inquiétude, l'agitation sont les premiers symptômes pénibles qui disparaissent. Le tremblement, le goître sont ensuite modifiés. L'exophthalmie, un peu plus tenace, s'amende elle-même à la longue; parfois même, elle cède relativement vite. De tous les symptômes, le plus lent à s'amender est la tachycardie. Mais si l'amélioration est rapide, la durée totale du traitement est longue, dès qu'on veut arriver à la disparition complète de tous les symptômes. Elle atteint six mois, un an et plus. Bien souvent les malades, satisfaits de l'amélioration obtenue, abandonnent le traitement avant la disparition complète des palpitations et de l'exophthalmie.

Comment agit le traitement électrique? Exerce-t-il, comme semblent l'indiquer, dans la faradisation carotidienne, les modifications vasculaires, une influence sur le grand sympathique? Les racines des nerfs spinaux sont-elles influencées par le courant venu de la plaque de la nuque? Y a-t-il une simple action sur les réflexes cutanés? Si la cause même de l'efficacité nous est inconnue, le fait pratique de cette efficacité subsiste et mérite d'attirer toute votre attention. Je vous répéterai, toutefois, que pour obtenir le maximum d'effet thérapeutique, vous devrez savoir vous astreindre à suivre tous les petits détails d'application que je viens de vous indiquer. La technique opératoire est d'ailleurs plus minutieuse que vraiment difficile à bien comprendre et à bien observer.

CHIRURGIE PRATIQUE

Règles pour l'ablation des tumeurs malignes du sein.— Herbert Snow, après une étude minutieuse des conditions de récidive des tumeurs malignes, arrive à cette conclusion que le mot de récidive est, en réalité, tout à fait impropre, et que les échecs opératoires ne sont que le résultat d'une ablation incomplète. Il formule, en terminant, un certain nombre de règles pratiques. Sans doute, ces règles étaient déjà connues pour la plupart. Il y a néanmoins quelque intérêt à les rappeler.

« L'ablation, dans le cancer du sein, doit toujours, écrit-il, dépasser en tous sens les parties malades; la portion de parties saines en apparence qu'il conviendra d'enlever variera, dans chaque cas particulier, avec la rapidité d'évolution de la tumeur, mais elle sera toujours très large. Le curage de l'aisselle s'impose dans tous les cas, qu'il y ait ou non des ganglions perceptibles à la palpation. Si ce curage n'empêche pas toujours la récidive, il la retarde tout au moins beaucoup. Les petits ganglions, qui sont si souvent accolés contre la surface des muscles de l'aisselle, devront être recherchés avec soin. Les lobes aberrants, que la glande mammaire envoie parfois vers l'aisselle, seront également recherchés, car si récente, si minime que soit la tumeur, il importe toujours d'enlever la totalité du parenchyme glandulaire. Les incisions de la peau ne seront jamais calculées en vue de la facilité plus ou moins grande de la réunion, mais en vue de l'ablation totale. On évitera surtout, la peau incisée, de disséquer obliquement la glande; toutes les incisions profondes doivent être faites verticalement pour une ablation large et en bloc. La malade sera surveillée de très près pendant les deux années qui suivent l'opération, de façon à faire rapidement l'ablation du moindre nodule suspect qui pourrait reparaître. » (*The Lancet.*)

Traitement du spina ventosa. — Unger étudie les principaux moyens de traitement du spina ventosa (ostéomyélite tuberculeuse des phalanges). Les tentatives d'antisepsie du foyer par des injections d'acide phénique, d'iode, de glycérine iodoformée, la compression et l'immobilisation par les bandelettes emplastiques, ne lui ont donné que des résultats médiocres. En dehors des indications tirées de l'état général, le traitement visera donc d'emblée la suppression du foyer tuberculeux. Cette suppression pourra être obtenue avec des sacrifices d'autant moindres et un résultat, tant fonctionnel qu'esthétique, d'autant plus satisfaisant, que l'interventionsera plus précoce.

Tant que les lésions sont limitées à la diaphyse des phalanges ou des métacarpiens, l'évidement suffit comme opération. On se rappellera que le foyer occupe le centre de l'os et que la couche corticale est souvent tout à fait saine d'apparence. Il faut alors enlever au ciseau et au maillet un large copeau osseux pour arriver sur les fongosités, qui sont d'ordinaire facilement enlevées à la curettte tranchante. Le foyer osseux, les trajets fistuleux grattés, sont largement badigeonnés à la teinture d'iode. Toutes les fois que l'opération n'a pas été très précoce et qu'il existe de la suppuration et des fistules, Unger préfère ne pas suturer l'incision faite. Il tamponne la plaie à la gaze iodoformée et répète tous les deux jours, en changeant la gaze, le badigeonnage iodé. Quand il n'existe ni suppuration, ni fistules, on peut tenter la réunion par première intention. Il est bon de faire des sutures très profondes, rapprochant les lambeaux de périoste. Le pansement doit toujours bien immobiliser la partie malade et exercer une légère compression.

Lorsque les épiphyses se trouvent atteintes en même temps que la diaphyse, Unger, contrairement à l'avis ordinaire, conseille la résection totale de l'os. Sur les phalanges, la réparation par le périoste ne reproduit que très incomplètement et très rarement l'os enlevé. Sur les métacarpiens et les métatarsiens, la réparation est, au contraire, suffisante pour assurer les fonctions du membre. Après la résection, les badigeonnages iodés seront extrêmement utiles.

Enfin, dans les lésions extrêmes, quand on ne peut espérer le rétablissement des fonctions, que l'état général est menacé, l'amputation s'impose. On hésitera moins à pratiquer l'amputation au pied qu'à la main; un doigt, même déformé et raccourci, reste souvent fort utile.

La statistique de Unger porte sur 54 enfants, suivis pendant plus d'un an après l'opération : 38 furent opérés par l'évidement, 28 eurent une guérison définitive, 10 offrirent des récidives locales. Mais sur ces 10 récidives, l'opération avait été faite 8 fois tardivement, alors qu'il existait des fistules et des lésions étendues des parties molles. 8 autres ont été opérés par la résection, sans qu'aucun ait eu de récidive; 5 résections des métacarpiens ou métatarsiens ont donné 5 restaurations osseuses, dont 3 parfaites. 3 résections des phalanges n'ont donné qu'une seule restauration. Mais, dans les 2 cas de non-restauration osseuse, la phalange restée flottante conservait quelques mouvements.

Au point de vue de l'état général, 40 enfants ne présentaient aucune lésion tuberculeuse un an après l'opération. 7 n'avaient que des lésions laissant un certain espoir (adé-

nopathies, otites, ozène, impétigo), 7 avaient succombé à des tuberculoses viscérales. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*)

Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow. — Lamke rapporte deux cas de goître exophthalmique, qui ont été, l'un guéri, l'autre considérablement amélioré par une ablation unilatérale du corps thyroïde; il y a là une indication intéressante et qui peut rendre des services, surtout lorsque, comme dans la première observation, l'existence d'un goître plongeant nécessite déjà une trachéotomie. Aussi, serions-nous fort heureux de signaler cette intervention thérapeutique, si elle ne nécessitait pas une expérience chirurgicale consommée et une installation spéciale. C'est, du moins, l'avis de l'auteur, auquel nous adresserions volontiers une légère critique sur les rapports qu'il semble établir entre le rétrécissement concentrique du champ visuel et une lésion de l'écorce cérébrale dans la maladie de Basedow. L'hystérie est-elle à ce point inconnue à Hambourg ? (*Deuts. Med. Wochens.*)

Les opérations chez les nouveau-nés. — Les interventions chirurgicales faites dans les premiers jours de la vie sont d'ordinaire nécessitées par des malformations congénitales. Les imperforations de l'anus ou de l'urèthre fournissent les indications les plus fréquentes. Les spina bifida, les encéphalocèles peuvent parfois, quand les téguments qui recouvrent la poche kystique menacent de s'ulcérer, nécessiter une opération précoce. M. Picqué (1) opérait dernièrement à Lariboisière un spina bifida lombaire chez un enfant de treize jours. Il enlevait, chez un autre enfant de quinze jours, un encéphalocèle volumineux, comprenant même une portion du cervelet et du lobe occipital. Dans les deux cas, malgré l'âge peu avancé et la gravité de l'opération, il obtenait une guérison. En dehors des lésions congénitales, les occasions d'intervenir sont plus rares. Pourtant Maddin (2) a fait, avec succès, l'amputation de la cuisse, chez un enfant de trois jours, atteint de gangrène. Bland Sutton (3) a opéré une hernie inguinale étranglée chez un enfant de vingt-huit jours et a obtenu la guérison. Des opérations graves peuvent donc, dès les premiers jours de la vie, être tentées avec toutes chances de succès.

Les principales précautions à prendre semblent relatives : 1° à l'hémorrhagie opératoire qu'il faut chercher à réduire au minimum; 2° aux refroidissements toujours à craindre chez le jeune enfant au cours de l'opération; 3° à l'anesthésie : quand l'emploi du chloroforme est indispensable, il doit, une fois l'insensibilité obtenue, être continué par gouttes, à doses infinitésimales; 4° au choix des antiseptiques employés. Les nouveau-nés supporteraient très mal la moindre absorption d'iodoforme et surtout d'acide phénique. M. Lucas-Championnière (4) a vu périr dans le collapsus, avec des urines noires, de jeunes enfants à qui leurs nourrices avaient appliqué des compresses d'huile phéniquée sur les fesses et les jambes. Meltzler (5) a vu succomber un enfant de neuf jours pansé à l'acide phénique pour une simple circoncision. Les aseptiques (eau bouillie), les antiseptiques inoffensifs (l'eau boriquée, la vaseline boriquée, le salol qui a été bien toléré dans les observations de M. Picqué), seront donc à peu près exclusivement employés tant pour le pansement qu'au cours de l'opération.

(1) Picqué. Société de chirurgie, 15 octobre 1890.
(2) Maddin. *Medical Record*, avril 1889.
(3) B. Sutton. *The Lancet*, 22 novembre 1890.
(4) Brun. Thèse d'agrégation, Paris 1886, p. 56.
(5) Meltzler. *Centralbl. f. Chir.*, 1889, n° 41.

THÉRAPEUTIQUE

Médication antiseptique et permanente, par l'inhalateur buccal Pradère de Moine,

Par M. le docteur Calmis.

Nous signalons à nos confrères un appareil nouveau, qui est appelé à rendre à notre art de réels services, et cela par les nombreuses applications thérapeutiques dont il est l'objet, non seulement en ce qui concerne les affections du larynx, des bronches, du poumon, de l'estomac et des voies digestives, mais encore dans le cas où il s'agit de faire de la prophylaxie contre les agents si multiples de la contagion.

Produire l'antisepsie permanente de la bouche, sans difficulté pour le malade et pour ainsi dire à son insu; lui faire, par le même moyen, absorber progressivement des médicaments antiseptiques, à des doses que nul n'avait pu atteindre jusqu'à ce jour, et cela sans fatiguer ses organes, tel est le but que s'est proposé M. Pradère de Moine.

Pour arriver à ce résultat, il a créé un petit appareil, fort ingénieux, construit par M. Collin et qui, placé dans la bouche, se fixe très simplement à la voûte palatine. Cet appareil, qui ne cause aucune gêne, et auquel les sujets s'habituent très rapidement, est muni d'un petit récipient métallique percé de trous, destiné à contenir une pastille médicamenteuse, dont la dissolution complète s'opère en trois heures. La bouche du malade est convertie en une chambre d'inhalation continue, d'où le nom d'*inhalateur buccal permanent*, que lui a donné son auteur.

Les pastilles ont été l'objet d'une étude tout à fait spéciale, dans le but de trouver un moyen qui permît leur dissolution lente et progressive. Elles sont composées avec les diverses substances antiseptiques : acide phénique, acide chromique, iodure d'argent, cyanure d'or, créosote, eucalyptol, selon les cas et la prescription du médecin. Leur préparation a été confiée à un praticien des plus distingués, M. Chevrier, pharmacien à Paris.

Inutile d'insister sur le rôle que ce nouveau mode d'emploi des médicaments peut jouer en thérapeutique; d'abord, comme agent de prophylaxie générale, permettant à l'homme sain d'échapper aux influences directes des divers contages transportés par les poussières atmosphériques, ensuite comme agent modificateur dans les maladies bacillaires.

Les essais qui ont été faits ont surtout porté sur les affections des voies respiratoires, la tuberculose en particulier. Grâce à la continuité du traitement, les malades ont pu supporter des doses massives, arriver rapidement à la saturation, et cela avec un réel bénéfice.

Nous désirons ne pas laisser passer, sans le signaler à nos lecteurs, ce fait, qui nous paraît avoir en thérapeutique une grande importance et un caractère tout à fait inédit.

VARIÉTÉS

Le personnel médical subalterne dans les hôpitaux scandinaves (1).

Par le docteur F. Thiéry, prosecteur de la Faculté.

V

On nous pardonnera de revenir souvent sur les mêmes points, mais il est nécessaire d'indiquer que la surveillante sait, l'opération terminée, le pansement une fois appliqué par elle, re-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 489.

ramener des matières fécales moulées du gros intestin dans l'estomac. Cherchewski cite un cas d'expulsion de matière stercorale par la bouche, chez un homme âgé, d'une haute situation sociale, qui n'était pas hystérique, mais seulement neurasthénique et dyspeptique. Son caractère semblait le mettre à l'abri de tout soupçon et il n'avait aucun intérêt à simuler un accident aussi particulièrement dégoûtant.

Être allé à la selle exclusivement par la bouche depuis deux ans, cela dépasse réellement la mesure et il est difficile, malgré le témoignage de M. Desnos, de croire à la sincérité de ce malheureux.

Dans la même séance, M. Rendu a présenté une jeune femme atteinte d'arthrite aiguë suppurée du genou survenue sans cause connue. Cette arthrite a guéri après qu'on eut extrait du genou 125 grammes de liquide, et injecté dans l'articulation le contenu d'une seringue de Pravaz d'une solution de sublimé à 1/4000. L'examen histologique non plus que la culture n'ont permis de déterminer la nature de cette arthrite : on n'a pas pu démontrer dans le liquide l'existence de microbes.

On peut évidemment, sans danger, se conduire de la même façon dans un cas analogue; mais il est certain qu'on ne pourrait pas compter toujours sur un succès semblable.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. R. Vigouroux.

Traitement du goître exophthalmique par la faradisation.

Par le docteur Aug. Vigouroux,
Interne à l'asile Sainte-Anne.

I

Le traitement du goître exophthalmique par l'électricité n'est pas nouveau. Tous les auteurs allemands, depuis quinze ou vingt ans, recommandaient la galvanisation du cou. C'est aussi par le courant galvanique que M. le docteur R. Vigouroux a commencé à traiter la maladie de Basedow; mais il ne tarda pas à le remplacer par le courant faradique, après avoir eu l'occasion de constater que les effets attribués à l'électrisation du nerf sympathique cervical sont bien plus marqués avec lui qu'avec le courant galvanique. Le fait, du reste, a été reconnu par un grand nombre d'électrothérapeutes. Entre autres, Erb dit que « les effets de l'excitation galvanique du nerf sympathique cervical sont moins nets et plus faibles que ceux produits par l'excitation faradique ».

M. le docteur R. Vigouroux a constaté en outre que, chez une malade à face fortement colorée, la faradisation de la carotide déterminait, du côté électrisé, des marbrures livides dues à l'ischémie partielle du derme. De plus, au moyen d'un thermomètre dont le réservoir est en forme de spirale plane, il a montré que la température baissait rapidement de ce même côté. Cet abaissement de la température, dû à la faradisation de la carotide, a été signalé par Przewuski, cité par Erb. Personne, cependant, n'a pu constater la dilatation de la pupille du côté correspondant pendant l'électrisation, de sorte que l'on ne peut dire si les effets produits sont dus à l'excitation du nerf sympathique ou à celle de la carotide.

En présence de ces faits, il n'y a donc aucune raison, à moins de préférence systématique, à continuer à employer les courants galvaniques.

D'un autre côté, des raisons d'un autre ordre justifient la préférence accordée à la faradisation, ce sont les résultats que l'on obtient. Depuis quinze ans que M. R. Vigouroux emploie ce mode de traitement, dans le service d'électrothérapie de la Salpêtrière, il l'a toujours vu amener, à de très rares exceptions, une prompte amélioration d'abord et, après prolongation suffisante, la guérison complète, c'est-à-dire la disparition de tous les symptômes.

Il est malheureusement impossible de donner le nombre exact des malades traités par ce procédé; mais on peut l'évaluer approximativement à une centaine, et ce chiffre ne paraîtra pas exagéré si l'on songe que c'est vers la Salpêtrière que sont dirigées la plupart des malades de ce genre, et qu'il comprend tous les cas frustes qui, autrefois méconnus, deviennent de jour en jour plus fréquents. Ces formes frustes de la maladie de Basedow sont également vite améliorées par la faradisation.

Il est à remarquer aussi que ce traitement est employé à l'exclusion de tout autre, l'expérience ayant montré qu'une autre médication, ou tonique ou calmante, ne pouvait s'y associer et qu'elle déterminait un retard à la guérison, loin de la favoriser.

Rappelons, enfin, que le mode de faradisation dont nous parlons, et qui est employé à la Salpêtrière, est celui que M. R. Vigouroux a décrit dans le *Progrès médical* (1886). Il consiste à faradiser négativement les carotides, le goître et les yeux, positivement la région précordiale. Une légère modification a été apportée dernièrement au procédé décrit en 1886. La faradisation positive du globe oculaire a paru donner de meilleurs résultats. La séance doit durer environ cinq minutes.

C'est dans ces conditions, et en suivant rigoureusement ce procédé, que, dans le service d'électrothérapie à la Salpêtrière, nous avons obtenu les résultats que nous croyons utile de faire connaître.

Observation I. — *Maladie de Basedow chez une fille de vingt et un ans. Début brusque il y a un an. État mental particulier, accompagnant les symptômes physiques. Amélioration assez rapide de ces deux ordres de symptômes.* — Del..., vingt-deux ans, fut envoyée dans le service d'électrothérapie par M. le professeur Charcot, en mars 1891.

Antécédents héréditaires. — Sa grand'mère maternelle est sujette à des attaques d'hystérie qui se renouvellent très fréquemment. Sa mère est en bonne santé, mais très impressionnable; une sœur de sa mère a eu des crises de nerfs à la suite de fortes émotions. Son frère et sa sœur sont nerveux. Son père est bien portant.

Aucun autre membre de la famille n'a jamais été atteint de maladie nerveuse.

Antécédents personnels. — Elle a toujours été nerveuse, elle s'est trouvée mal quelquefois, mais n'a jamais eu de convulsions.

Réglée à quatorze ans, régulièrement.

Au point de vue mental, c'est une femme d'intelligence vive; elle est instruite et est passionnée pour la musique. Elle est d'un caractère assez prompt, se met en colère facilement et pleure pour des motifs futiles. Elle a toute la série des stigmates psychiques de dégénérescence. Elle nous raconte qu'elle a toujours eu de petites manies. Elle ne peut supporter que l'on trouble en rien l'ordre de sa chambre. Elle n'a jamais voulu longer une rivière, et c'était un supplice pour elle que de traverser un pont. Elle a eu un accès d'arithmomanie, mais qui s'était limité aux pavés de la rue : en marchant, elle comptait les pavés de la rue, qu'elle fût seule ou en train de causer avec quelqu'un. Elle éprouva aussi la folie du doute : elle ne pouvait envoyer une lettre sans la décacheter et la relire à plusieurs reprises; elle eut également peur du

feu ; elle ne s'endormait pas avant d'avoir visité plusieurs fois les foyers de l'appartement et se relevait plusieurs fois pour aller visiter la fermeture de la porte de sa chambre.

A l'heure actuelle, ces différentes obsessions qui, dans le cours de la maladie de Basedow, ont fait place aux idées de suicide, ont disparu, pour être remplacées par une variété d'onomatomanie. Au milieu d'une conversation elle se met à siffler plusieurs mesures d'un air.

La malade a une conscience très nette de son état, elle est très ennuyée de l'irrésistibilité de ses impulsions, elle raconte très bien l'angoisse qui les précède, et la satisfaction qui succède à l'accomplissement de l'acte.

Vers la fin du mois d'août 1890, elle eut un grand chagrin, et passa plusieurs journées à pleurer. Elle s'aperçut un matin que ses yeux sortaient de leur orbite d'une façon « effrayante » et que son cou était excessivement grossi.

A partir de ce moment elle se sentit énervée et fiévreuse. Ses mains étaient toujours moites, elle était brûlante bien qu'on fût en hiver et elle en souffrait beaucoup. Sa bouche était en feu, ses lèvres sèches. Elle fut prise d'un tremblement nerveux dans tout le corps, mais surtout localisé aux mains, qui l'empêchait de se livrer à aucun travail manuel.

La moindre émotion lui occasionnait des crises, des étouffements et des douleurs au niveau du cœur. Son pouls battait 135 pulsations à la minute. Les nuits étaient très agitées, elle dormait à peine 2 ou 3 heures, et avait des cauchemars terrifiants, elle voyait des loups et des chiens enragés, les membres de sa famille morts. Ces rêves l'épouvantaient à un point tel que non seulement elle se réveillait en sursaut, mais que toute la journée elle restait sous leur pénible impression, jamais, cependant, réveillée elle n'a continué à voir l'objet de son cauchemar.

Son caractère changea peu à peu, elle devint triste et très irritable, elle se mettait à pleurer sans motif, alors il lui vint des idées obsédantes de suicide. Elle était indifférente à ce qui se passait autour d'elle, ne s'occupait plus ni du ménage, ni de ses études. Elle se trouvait mal à chaque instant, et était devenue d'une faiblesse excessive, et d'une grande maigreur. Toute nourriture lui répugnait, elle ne mangeait presque plus, quelque temps après, au contraire, elle eut une fringale que rien ne pouvait apaiser.

La malade se décida alors à consulter des médecins, et, pendant trois mois, elle fut successivement traitée par les douches, le bromure de potassium, le valérianate d'ammoniaque, l'extrait de quinquina.

Découragée par l'insuccès de ces divers traitements, elle resta quatre mois sans se soigner, et ce n'est qu'à la fin de mars 1891, qu'elle vint à la consultation de M. le docteur Charcot qui l'envoya à l'électrothérapie. Depuis ce moment, elle fut électrisée trois fois par semaine, à l'exclusion de toute autre médication.

A son entrée dans le service, Del... est dans un état de faiblesse excessive, elle est très fatiguée de marcher, elle ne peut se tenir longtemps debout, elle est animée d'un tremblement à oscillations très rapides, et généralisé dans tout le corps, elle peut à peine défaire les boutons de son corsage. La sensibilité est égale des deux côtés.

La peau est moite, couverte d'une sueur épaisse.

Les yeux sont énormes, le globe oculaire est presque sorti de l'orbite. On ne trouve la paralysie d'aucun des muscles de l'œil. La paupière supérieure n'arrive pas à recouvrir complètement le globe oculaire.

La conjonctive est légèrement enflammée, les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont conservés. La vue est normale.

Le cou est gros, mesure 35 centimètres au lieu de 32 qu'il mesurait auparavant au dire de la malade.

Les deux lobes du corps thyroïde sont également développés.

La respiration est rapide et compte 24 respirations à la minute.

L'auscultation des poumons ne décèle rien d'anormal.

Le pouls est rapide et régulier (134 pulsations), le cœur n'est pas hypertrophié, et son auscultation fait entendre des battements tumultueux, mais sans aucun bruit anormal.

La carotide est excessivement tendue.

La résistance électrique est tellement faible, qu'elle ne peut être mesurée avec la force électromotrice de 12 volts dont on se sert habituellement ; avec 10 volts, elle est de 800 ohms.

La malade se plaint d'insomnies, de cauchemars. Elle est très irritable, abattue, découragée, a peu de confiance dans le traitement. En ce moment, la malade était obsédée par des idées de suicide.

Dès les premières séances, la malade a commencé à accuser une amélioration notable de son état général, elle se trouvait mieux portante, le sommeil était meilleur, cinq heures par nuit, et elle n'avait plus de cauchemars.

Le 16 avril, c'est-à-dire vers la douzième séance environ, l'amélioration se continue ; les symptômes objectifs sont également amendés, le tremblement est bien moins accentué, la malade a recommencé à écrire, le cou a diminué de 1 centimètre et demi, et est à 33,5.

Le nombre des respirations est tombé à 24 et celui des pulsations à 120.

Depuis le mieux a toujours été en augmentant.

Le pouls ne bat plus que 102 pulsations.

La résistance électrique est toujours très faible.

Le 3 novembre. Le mieux continue, la malade peut travailler et passer ses examens, l'exophthalmie diminue peu à peu.

La malade a pu reprendre peu à peu toutes les occupations qu'elle avait dû abandonner, la force est revenue, elle a repris ses études de chant, et peut préparer le concours du Conservatoire. Il ne reste plus que l'exophthalmie et les palpitations, les autres symptômes ont disparu.

Le 15 septembre, la malade continue à suivre son traitement, quoique moins régulièrement : les yeux ont beaucoup diminué, comme en témoignent deux photographies de la malade à cinq mois d'intervalle. La paupière supérieure recouvre complètement le globe oculaire.

Le cou ne mesure plus que 32,5.

Les respirations ne sont plus que 18 à la minute.

SUR L'IMPLANTATION DE FRAGMENTS VOLUMINEUX

D'OS DÉCALCIFIÉS POUR COMBLER LES PERTES DE SUBSTANCE DU SQUELETTE

Par M. le professeur Le Dentu.

(Note communiquée à l'Académie des sciences.)

La greffe osseuse proprement dite, au moyen de fragments d'os vivant, est loin d'avoir réalisé les espérances que l'on avait fondées sur elle. La plupart du temps, ces fragments se résorbent peu à peu, ou bien sont éliminés comme corps étrangers, et, même lorsqu'ils paraissent avoir conservé toute leur vitalité, ils n'exercent sur les surfaces avec lesquelles ils sont fusionnés qu'une action de présence, n'aboutissant qu'à une lente réparation. Si on les emprunte à un animal, leur disparition est encore plus rapide que si on les prend sur le sujet opéré ou sur un autre sujet, et, dans ce dernier cas, on s'expose à greffer sur un organisme sain des os syphilitiques ou tuberculeux. Il n'est donc pas surprenant que l'on ait essayé de remplacer la greffe osseuse vivante par la greffe d'os décalcifié et aseptique.

Les premières tentatives, dans cette voie nouvelle, ont été faites par Senn (de New-York). En 1880, ce chirurgien publiait les observations de dix malades chez lesquels il avait comblé des cavités osseuses avec des petits copeaux d'os décalcifié ; cette façon de procéder lui avait donné de bons résultats. Au mois de mars 1891, paraissait un travail de Kümmel (de Hambourg) sur le même sujet. Le chirur-